

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LÀNH TÍNH DÂY THANH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO

Lê Văn Điệp, Đặng Thanh, Phan Văn Dung
Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

Tóm tắt

U lành tính dây thanh là bệnh lý thường gặp và chiếm tỷ lệ khá cao ở Việt Nam và các nước trên thế giới. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị u lành tính dây thanh bằng phẫu thuật nội soi treo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cỡ mẫu 105 bệnh nhân được cắt u dây thanh bằng phẫu thuật nội soi treo và có kết quả mô bệnh học là lành tính. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả có can thiệp lâm sàng, không đối chứng; chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất và đánh giá kết quả điều trị theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng. **Kết quả:** 105 bệnh nhân gồm: 59% nữ và 41% nam, tuổi trung bình $41,68 \pm 13,81$ tuổi. Kết quả phân loại theo mô bệnh học: hạt xơ dây thanh chiếm 42,9%, u nang 28,6%, polyp 19,0%, phù Reinke 3,8%, u nhú 5,7%. Sau phẫu thuật 1 tháng tất cả bệnh nhân đều cải thiện chất lượng giọng, hết khàn giọng chiếm 89,5%. Các tai biến tại chỗ chiếm tỷ lệ 18,1%. Không có tai biến ảnh hưởng tính mạng cũng như ảnh hưởng đến phát âm. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi treo là phương pháp hiện đại, mới, an toàn và tiện lợi, đảm bảo lấy sạch bệnh tích ở dây thanh và ít xâm phạm đến mô lành. Kết quả điều trị hiệu quả cao 94,3%, bệnh nhân hài lòng cao 92,4% với sự cải thiện giọng nói sau phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật thanh quản qua nội soi treo ống cứng, u lành tính thanh quản

Abstract

TREATMENT RESULTS OF BENIGN VOCAL CORD TUMORS BY ENDOSCOPIC SURGERY WITH SUSPENSION LARYNGOSCOPY

Le Van Diep, Dang Thanh, Phan Van Dung
Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

Backgrounds: Benign vocal cord tumors are common diseases in Vietnam and in all over the world. **Objectives:** To evaluate treatment results of benign vocal cord tumors by endoscopic surgery with suspension laryngoscopy. **Material and Methods:** A total of 105 patients with benign vocal cord tumors treated by suspension endoscopic surgery, conducted by a prospective descriptive study, with clinical intervention. **Results:** 105 patients included 59% female, 41% male. Mean age is 41.68 ± 13.81 . The pathology of tumors were nodules (42.95%), cysts (28.6%), polyp (19.0%), Reinke edema (3.8%) and papiloma (5.7%). The mean of time of surgery was 25.23 ± 5.34 minutes. Once month post-operative, all patients recovered their voice (89.5%). Local complications were: oral membrane torn, having trouble with tongue sensory (18.1%). There were no case of severe complication. **Conclusion:** Laryngeal endoscopic surgery is the modern, safe, convenient technique, remove all of pathologic tissues and no effect normal tissues. Result of surgery for benign laryngeal tumors was good. All patients satisfied with their outcome (92.4%) of voice rehabilitation.

Key words: Rigid Endoscopy associated with Suspension Laryngoscopy, Benign Laryngeal Lesions

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lành tính dây thanh là những khối u xuất phát từ lớp biểu mô của niêm mạc dây thanh, có xét nghiệm mô bệnh học lành tính. Đây là nhóm bệnh lý rất hay gặp và chiếm tỷ lệ khá cao ở Việt Nam và các nước trên thế giới. Theo thống kê của Viện Tai

Mũi Họng Trung ương, hàng năm có khoảng 1000 trường hợp đến khám và điều trị. Ở Hoa Kỳ, tại một thời điểm bất kỳ ước tính khoảng 20,7 triệu người có vấn đề về giọng nói, trong khi 93,8 triệu người khàn giọng trong suốt cuộc đời của họ.

Địa chỉ liên hệ: Lê Văn Điệp, email: bsnguyen11590@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/10/2017; Ngày đồng ý đăng: 8/11/2017; Ngày xuất bản: 16/11/2017

DOI: 10.34071/jmp.2017.5.33

U lành tính dây thanh gây khàn giọng, ảnh hưởng đến sự giao tiếp của cá nhân trong đời sống xã hội, đặc biệt đối với những người phải sử dụng giọng nhiều như ca sĩ, phát thanh viên, giáo viên... Để điều trị hiệu quả cũng như hạn chế các biến chứng do u lành tính dây thanh gây ra thì việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là điều hết sức cần thiết.

Việc điều trị u lành tính dây thanh bằng nội khoa, luyện âm thường ít đạt hiệu quả nên vấn đề phẫu thuật cần được đặt ra. Có nhiều phương pháp đã được áp dụng trong phẫu thuật cắt u lành tính dây thanh như: phẫu thuật trực tiếp qua ống nội soi treo thanh quản có sử dụng kính hiển vi hoặc optic phóng đại, phẫu thuật bằng laser CO₂, phẫu thuật nội soi ống soi mềm....

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 105 bệnh nhân được cắt u dây thanh bằng phẫu thuật nội soi treo và có kết quả mô bệnh học là lành tính tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế; Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Máu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 199- Bộ Công an trong thời gian từ tháng 01/2016 đến 31/07/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu nghiên cứu,
- Có nội soi ghi hình thanh quản trước và sau phẫu thuật 1 tháng,
- Có ghi âm giọng nói kèm ghi hình bệnh nhân trước mổ và tái khám sau 1 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Hồ sơ không ghi đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng. Chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên và không xác suất

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ thăm khám tai mũi họng.
- Bộ soi Chevalier Jackson có giá treo sản xuất tại Đức.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản tiêu chuẩn sản xuất tại Mỹ và Đức.
- Hệ thống nội soi phẫu thuật Karl Storz (Đức).
- Máy ghi âm
- Phiếu nghiên cứu chuẩn bị trước, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng khi thăm khám, đánh giá trong, sau mổ và tái khám sau 1 tháng.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn, giải thích kỹ về chi tiết của phẫu thuật và đề tài nghiên cứu,

ký văn bản đồng ý tham gia, đưa vào mẫu nghiên cứu.

- Tất cả các bệnh nhân đều được làm xét nghiệm trước phẫu thuật (công thức máu, máu chảy, máu đông, phức hợp đông máu, sinh hóa, nước tiểu, ECG, X quang phổi).

- Nội soi thanh quản ghi hình, ghi âm giọng nói (theo mẫu thống nhất) bệnh nhân trước phẫu thuật và tái khám sau 1 tháng.

- Phẫu thuật cắt u lành tính dây thanh trong nghiên cứu được thực hiện bởi phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm và gửi bệnh phẩm làm mô bệnh học.

2.2.3.1. Tiến hành phẫu thuật

- Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản, ống số 5.5 hoặc 6.0.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, lót gối vai để đầu ngửa ra sau.

- Đặt dụng cụ nội soi thanh quản treo và điều chỉnh giá treo sao cho hình ảnh hai dây thanh được bộc lộ rõ ràng và đầy đủ nhất.

- Sử dụng ống soi 0° hoặc 30° có gắn với nguồn sáng và camera được cố định vào hệ thống soi treo; điều chỉnh tiêu cự cho hình ảnh được trông thấy rõ ràng nhất trên màn hình monitor.

- Phẫu thuật viên dùng các dụng cụ thích hợp trong từng giai đoạn để cắt hoặc bấm lấy bệnh tích và cầm máu bằng bông có tẩm dung dịch Adrenaline 1/1000.

2.2.3.2. Đánh giá kết quả

- Thời gian phẫu thuật (phút): được tính từ lúc bắt đầu thao tác đặt ống soi thanh quản cho đến khi kết thúc phẫu thuật (rút ống soi).

- Đánh giá hiệu quả điều trị thông qua sự cải thiện chất lượng giọng, tình trạng dây thanh sau phẫu thuật và mức độ hài lòng về cải thiện khàn giọng và hụt hơi khi nói.

- Theo dõi hậu phẫu, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và các biến chứng xảy ra.

- Hướng dẫn khi bệnh nhân xuất viện và hẹn tái khám.

- Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Gồm 105 bệnh nhân gồm được cắt u dây thanh bằng phẫu thuật nội soi treo với kết quả mô bệnh học lành tính, trong đó nữ 59%, nam 41% với tuổi trung bình 41,68 tuổi, nhỏ nhất là 3 tuổi và lớn nhất là 75 tuổi.

3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nam: 43 chiếm tỷ lệ (41%), Nữ: 62 chiếm tỷ lệ (59%).

3.2. Phân loại u lành tính dây thanh

Bảng 3.1. Phân loại u lành tính dây thanh (n=105)

Mô bệnh học Chẩn đoán lâm sàng	Hạt xơ dây thanh	U nang	Polyp	Phù Reinke	U nhú	Tổng số
HXDT	40 88,9%	1 3,3%	1 5,0%	0	1 16,7%	43 41,0%
U nang	3 6,7%	29 96,7%	2 10,0%	0	1 16,7%	35 33,3%
Polyp	2 4,4%	0	17 85,0%	0	2 33,3%	21 (20,0%)
Phù Reinke	0	0	0	4 100,0%	0	4 3,8%
U nhú	0	0	0	0	2 33,3%	2 1,9%
Tổng số	45 42,9%	30 28,6%	20 19,0%	4 3,8%	6 5,7%	105 100,0%

Nhận xét: Hạt xơ dây thanh gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 42,9%, u nang dây thanh chiếm tỷ lệ 28,6%, polyp dây thanh chiếm tỷ lệ 19,0%, u nhú 5,7% và phù Reinke 3,8%. Sự tương đồng giữa chẩn đoán lâm sàng với mô bệnh học là tương đồng gần như hoàn toàn với hệ số Kappa = 0,82, $p = 0,000 < 0,01$.

3.3. Mức độ khàn giọng

Bảng 3.2. So sánh mức độ khàn giọng trước và sau phẫu thuật 1 tháng (n=105)

Mức độ khàn giọng		Sau phẫu thuật 1 tháng			Tổng số
		Không khàn (n=94)	Nhẹ (n=10)	Vừa (n=1)	
Trước phẫu thuật	Nhẹ (n=7)	7 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
	Vừa (n=62)	57 91,9%	5 8,1%	0 0,0%	62 100,0%
	Nặng (n=36)	30 83,3%	5 13,9%	1 2,8%	36 100,0%
Tổng số		94 89,5%	10 9,5%	1 1,0%	105 100,0%

Nhận xét: Trước phẫu thuật 100% bệnh nhân khàn giọng, trong đó khàn vừa và nặng chiếm đa số với tỷ lệ 93,3%. Sau phẫu thuật đa số bệnh nhân hết khàn giọng chiếm 89,5%, không có bệnh nhân nào khàn giọng tăng lên.

3.4. Tình trạng dây thanh sau phẫu thuật

Bảng 3.3. Tình trạng dây thanh sau phẫu thuật (n=105)

Tình trạng dây thanh	Số bệnh nhân	%
Tốt	99	94,3
Trung bình	6	5,7
Kém	0	0,0
Tổng số	105	100,0

Nhận xét: 94,3% dây thanh tốt sau phẫu thuật.

3.5. Tai biến

Bảng 3.4. Tai biến trong và sau phẫu thuật (n=105)

Tai biến	Số bệnh nhân	%
Không tai biến	86	81,9
Toàn thân	0	0,0
Tại chỗ	19	18,1
Tổng số	105	100,0

Nhận xét: Số bệnh nhân không có tai biến là 86/105 trường hợp chiếm 81,9%. Không có tai biến toàn thân. Số bệnh nhân có tai biến tại chỗ là 19/105 chiếm 18,1%, trong đó có một bệnh nhân bị 2 tai biến là rối loạn cảm giác lưỡi và tổn thương niêm mạc miệng cùng lúc.

3.6. Các tai biến tại chỗ

Bảng 3.5. Các tai biến tại chỗ (n=105)

Tai biến tại chỗ	n	%
Rối loạn cảm giác lưỡi	6	5,7
Tổn thương niêm mạc miệng	5	4,8
Chấn thương răng	4	3,8
Há miệng đau	5	4,8
Tổng số	20	19,1

Nhận xét: Rối loạn cảm giác lưỡi 6/105 trường hợp, chiếm 5,7%. Tổn thương niêm mạc miệng: 5/105 trường hợp chiếm 4,8%. Chấn thương răng: 4/105 trường hợp chiếm 3,8%. Há miệng đau 5/105 trường hợp chiếm 4,8%. Không có các tai biến tại chỗ ở dây thanh như: phù nề hoại tử, sẹo xấu, teo niêm mạc hay lõm dây thanh.

3.7. Mức độ hài lòng về cải thiện khả năng giọng và hụt hơi khi nói

Bảng 3.6. Mức độ hài lòng về cải thiện khả năng giọng và hụt hơi sau phẫu thuật (n=105)

Mức độ	Số bệnh nhân	%
Hài lòng cao	97	92,4
Hài lòng vừa	8	7,6
Không hài lòng	0	0,0
Tổng số	105	100,0

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tháng tất cả bệnh nhân đều hài lòng về sự cải thiện khả năng giọng và hụt hơi khi nói.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về phương pháp phẫu thuật qua nội soi treo

Năm 1995, Mario A [9] đã dùng kỹ thuật nội soi vào vi phẫu thuật thanh quản. Chúng tôi ứng dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật bệnh lý ULTDT, dùng ống nội soi thanh quản 5.0 (0°, 30°) dài 24cm với ưu điểm là khi ráp vào camera sẽ ở xa đầu ngoài của ống nội soi treo. Điều này ít ảnh hưởng đến thao tác của phẫu thuật viên khi đưa dụng cụ vào trong lòng ống soi treo hẹp. Đường kính của ống soi thanh quản 5.0 lớn hơn ống nội soi mũi 4.0. Do đó độ nét hình ảnh bệnh lý cao, được phóng đại và rõ nét hơn; có thể quan sát được nhiều tổn thương ở các ngách sâu, bờ tự do....

Thông qua màn hình monitor để phẫu thuật rất thuận lợi, không mỏi mắt và thao tác trong tư thế thoải mái nhất với cả hai tay [7].

4.2. Tuổi và giới

Độ tuổi hay gặp nhiều nhất là 26-55 (76,2%). Đây là lứa tuổi có hoạt động giao tiếp phải sử dụng giọng nói nhiều nhất. Nữ gặp nhiều hơn nam (3/2) do nữ giới thường làm những công việc phải nói nhiều hơn. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Đức Tùng [5], tỷ lệ nữ giới gần gấp 3 lần nam giới.

4.3. Phân loại u lành tính dây thanh

Trong chẩn đoán các khối u lành tính ở dây thanh, mặc dù hình ảnh nội soi có độ chính xác khá cao nhưng mô bệnh học vẫn có giá trị rất quan trọng trong chẩn đoán xác định. Đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán các khối u.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ULTDT thường gặp nhất là hạt xơ dây thanh chiếm 42,9%, u nang 28,6%, polyp chiếm 19,0%, trong khi phù Reinke

chiếm 3,8%, u nhú chiếm 5,7% là rất thấp. Sự tương đồng giữa chẩn đoán lâm sàng với mô bệnh học là tương đồng gần như hoàn toàn với hệ số Kappa = 0,82, $p = 0,000 < 0,01$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hòa [1], Trần Việt Hồng [2], Singhal P [10].

4.4. Mức độ khàn giọng

Đánh giá mức độ khàn giọng trước và sau phẫu thuật thường dựa vào phương pháp khách quan và đánh giá chủ quan [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy trước phẫu thuật 100% bệnh nhân khàn giọng, đa số khàn vừa và nặng chiếm 93,3%. Sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều giảm khàn giọng, không có trường hợp nào khàn giọng tăng và có 89,5% bệnh nhân giọng nói trở về bình thường. Tỷ lệ thành công trong mẫu chúng tôi không có sự khác biệt với các tác giả trong và ngoài nước Trần Việt Hồng [2], Corvo [8]. Về cơ bản, sau phẫu thuật cắt ULDT bệnh nhân cần kết hợp liệu pháp luyện giọng để cho kết quả tốt hơn.

4.5. Tình trạng dây thanh sau phẫu thuật

Tình trạng dây thanh sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi, tốt chiếm 94,3%, trung bình 5,7% và không có trường hợp nào là xấu. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Ngô Đức Xương, Đào Mộng Long (2007) kết quả điều trị tốt đạt 93% [6]. Nguyễn Đức Tùng sau phẫu thuật 1 tháng tỷ lệ hết và giảm khàn giọng là 90% [5]. So với tác giả Trần Việt Hồng (2010), kết quả điều trị các bệnh lý dây thanh tốt đạt 83,7% [2] thì kết quả của chúng tôi có cao hơn. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của Trần Việt Hồng bao gồm nhóm bệnh lý u lành tính dây thanh, nhóm hở thanh môn và nhóm ung thư dây thanh.

4.6. Tai biến

Phẫu thuật ULDT bằng nội soi treo ngày càng chứng minh tính ưu việt, ít tai biến và được sử dụng rộng rãi trong thực tế lâm sàng. Nghiên cứu về tai biến của phẫu thuật bằng NST, chúng tôi không gặp trường hợp nào có các tai biến toàn thân xảy ra trước, trong và sau phẫu thuật như: khó thở, tim mạch, chảy máu.... Tuy nhiên, có 19/105 trường hợp chiếm 18,1% bị các tai biến tại chỗ. Trong số đó có một bệnh nhân bị 2 tai biến cùng lúc là rối loạn cảm giác lưỡi và tổn thương niêm mạc.

Nghiên cứu của Trương Ngọc Hùng, không có tai biến toàn thân, có 19,6% bị tai biến tại chỗ [3]. Trương Duy Thái, không có tai biến toàn thân, chỉ có tai biến tại chỗ chiếm 11,1% [4]. Nghiên cứu của Corvo, trong 36 trường hợp nội soi treo có 44,5% bị tai biến tại chỗ [8]. Tất cả các tai biến này đều phục hồi, thời gian phục hồi muộn nhất là 3 tháng. Thời gian phẫu thuật càng kéo dài thì tỷ lệ các tai biến

càng cao [8]. Cũng theo Corvo, các tai biến về tổn thương răng là do ống soi thanh quản lấy răng làm đòn bẩy để nâng đầu ống soi để bộc lộ thanh quản và trong khi cố định ống nội soi bằng hệ thống treo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương răng chiếm 3,8%.

Tai biến tổn thương niêm mạc hốc miệng xảy ra ở mọi vị trí khác nhau bao gồm: tụ máu, phù nề phần mềm, rách niêm mạc. Đây là những tai biến nhẹ, hồi phục tự nhiên sau 1 tuần và không để lại di chứng. Tai biến này xảy ra trong quá trình phẫu thuật viên đặt ống nội soi, tập trung điều chỉnh ống sao cho bộc lộ lòng thanh quản tốt nhất và liên quan trực tiếp đến kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Vì vậy, phẫu thuật viên cần chuẩn bị cho cuộc mổ thật tốt, chọn kích cỡ và loại ống soi thanh quản phù hợp và phải chú ý kỹ thuật nội soi bộc lộ thanh quản [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5/105 trường hợp bị tổn thương niêm mạc chiếm 4,8%.

4.7. Mức độ hài lòng về cải thiện khàn giọng và hụt hơi khi nói

Trong các tiêu chí đánh giá kết quả sau phẫu thuật ngoài vấn đề cải thiện khàn giọng, trả lại sự bình thường cho dây thanh thì sự hài lòng của người bệnh, cải thiện các triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh cũng là một tiêu chí quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật 1 tháng tất cả bệnh nhân đều hài lòng về sự cải thiện khàn giọng và hụt hơi khi nói, hài lòng cao chiếm 92,4%, không có trường hợp nào không hài lòng.

Theo Trần Việt Hồng (2010), phẫu thuật nội soi điều trị bệnh dây thanh thì 70% bệnh nhân hài lòng cao, 22% hài lòng vừa và không hài lòng chiếm tỷ lệ 8% [2]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu này ngoài bệnh lý ULDT còn có các bệnh lý khác như liệt dây thanh, teo dây thanh, khuyết lõm niêm mạc dây thanh. Đây là các bệnh lý phức tạp, thời gian kéo dài và việc điều trị đòi hỏi phức tạp hơn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 105 bệnh nhân có khối u ở dây thanh được phẫu thuật cắt u dây thanh qua nội soi treo, chúng tôi có kết luận như sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u lành tính dây thanh

ULDT gặp ở mọi lứa tuổi, phổ biến ở độ tuổi 26-55 tuổi chiếm 76,2%. Gặp nhiều ở nữ giới, tỷ lệ nữ/nam là 1,5. Phân loại u lành tính dây thanh: hạt xơ dây thanh 42,9%, u nang dây 28,6%, polyp 19,0%, u nhú 5,7% và phù Reinke 3,8%.

Khàn giọng là triệu chứng chính và đôi khi là duy nhất gặp ở tất cả bệnh nhân (100,0%), khàn giọng mức độ vừa chiếm 59%.

5.2. Đánh giá kết quả điều trị u lành tính dây thanh bằng phẫu thuật nội soi treo

Sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều cải thiện chất lượng giọng nói, tỷ lệ hết khàn giọng chiếm 89,5%. Tình trạng dây thanh sau phẫu thuật: tốt 94,3%, trung bình 5,7% và không có trường hợp nào

xấu. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với mức độ cải thiện khàn giọng và hụt hơi (100%), tỷ lệ hài lòng cao chiếm đa số 92,4%.

Không có biến toàn thân nặng, ảnh hưởng đến tính mạng; không có tai biến trên dây thanh ảnh hưởng đến phát âm. Các tai biến tại chỗ như: tổn thương niêm mạc hốc miệng, rối loạn cảm giác lưỡi... chiếm tỷ lệ thấp 18,1%. Đây là những tai biến nhẹ, thoáng qua và tự phục hồi trong thời gian ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khắc Hòa, Trần Công Hòa (2007), "Các tổn thương lành tính dây thanh: Nhận xét 315 trường hợp được phẫu thuật tại Khoa thanh học Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương", *Y học thực hành*, 566+567(3), tr. 47-49.
2. Trần Việt Hồng (2010), "Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh dây thanh tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhân dân Gia Định", *Y học thực hành*, 14(Phụ bản của số 4), tr. 54-58.
3. Trương Ngọc Hùng (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả cắt hạt xơ dây thanh bằng nội soi treo thanh quản*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Trương Duy Thái (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý u lành tính thanh quản bằng nội soi treo*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Nguyễn Đức Tùng, Phạm Kiên Hữu (2004), "Ứng dụng kỹ thuật vi phẫu thanh quản kết hợp ống nội soi quang học cứng để điều trị các thương tổn lành tính nội thanh quản", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8(Phụ bản của số 1),

tr. 67-69.

6. Ngô Đức Xương, Đào Mộng Long (2007), "Vi phẫu thuật thanh quản qua nội soi điều trị u lành tính dây thanh tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng", *Y học Việt Nam*, số đặc biệt kỷ niệm 30 năm thành lập Bệnh viện trẻ em Hải Phòng (2), tr. 94-99.
7. Benjamin B., Lindholm E.C. (2003), "Systematic Direct Laryngoscopy: The Lindholm Laryngoscopes", *The Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 112(9); ProQuest central, pp. 787-797.
8. Corvo M.A.A., et al. (2007), "Extra-laryngeal Complications of Suspension Laryngoscopy", *Rev Bras Otorrinolaringol*;73(6), pp. 727-732.
9. Mario A., Dras O. (1995), "Rigid Endoscopy Associated with Microlaryngeal Surgery (REMS)", Lisbon, Portugal, Karl - Storz - Endoscope.
10. Singhal P., et al. (2006), "Benign Tumors of the Larynx: A Clinical Study of 50 Cases", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 61(Suppl 1), pp. 26-30.